

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1925-1926. — N° 7.

LA
TUBERCULOSE DANS L'ARMÉE
PENDANT
LA GUERRE 1914-1918

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger CASSOU

Né, le 21 novembre 1899, à Mont-de-Marsan (Landes).

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire,

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse,

Prix de la Faculté.



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1925

LA
TUBERCULOSE DANS L'ARMÉE
PENDANT
LA GUERRE 1914-1918

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LÉPINE
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.	LÉPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.	CLUZET
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.	ETIENNE MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. X.
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance.	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUROUX	ROUBIER	SANTY.
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET.
SAVY	SARVONAT	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT	FLORENCE (G.)	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY	ROCHAIX	LEULIER.	NOEL.
COTTE	CORDIER (V.).	MAZEL.	CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. P. COURMONT, *Président*; MOURIQUAND, *Assesseur*;

MM. GARIN et J. CHALIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1925-1926. — N° 7.

LA
TUBERCULOSE DANS L'ARMÉE
PENDANT
LA GUERRE 1914-1918

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger CASSOU

Né, le 21 novembre 1899, à Mont-de-Marsan (Landes).

Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire,

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse,

Prix de la Faculté.



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1925



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

Elle m'apprit surtout la bonté.
Elle sait combien grande est mon
affection pour elle. Que ce travail
témoigne de toute ma gratitude
filiale !

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

Elle fut ma seconde mère trop
tôt ravie à mon affection.

A LA MÉMOIRE DE MA JEUNE COUSINE

A MA GRAND'TANTE

A TOUS LES MIENS

A MON ONCLE FERNAND VILLENAVE

En grande reconnaissance.

A MON ONCLE LE DOCTEUR EMILE MESPLÈDE

Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre.

Il précéda mes pas au temple
d'Esculape. Il les orienta toujours
avec droiture, prêchant d'exemple.
Puisse-t-il trouver ici la marque
de mon affectueux attachement !

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

A MES AMIS

A notre Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL L. JULLIEN

Médecin-Chef de l'Hôpital Villemanzy,
Officier de la Légion d'honneur.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A NOS MAÎTRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les guerres ont toujours eu leurs traumatismes et leurs épidémies. Il y a eu des blessés, il y a eu des malades. L'Histoire témoigne de nombreux faits où des armées périrent plus par la maladie que par le feu : la guerre de Crimée coûta 20.000 tués, contre 76.000 morts par infections ; pendant la guerre de 1870, les pertes par maladie furent deux fois supérieures aux pertes par le feu. La guerre 1914-1918 a inversé la statistique (87 pour 100 de décès par blessures, contre 13 pour 100 de décès par maladie). Cependant elle groupa sur les mêmes terrains, dans une longue promiscuité, des nations armées. Comment les épidémies agirent-elles ? Quel rôle joua en particulier la tuberculose pulmonaire ?

Nous nous sommes attaché à l'étude de cette dernière question sur les conseils de notre maître le Professeur COURMONT et nous avons cherché à connaître combien l'armée française de 1914-1918 fut atteinte par le fléau, quelles en furent les causes et les barrières qu'on lui opposa.

Dans notre travail nous envisageons d'abord l'étendue du mal tel que les statistiques le présentent. Les chiffres ont été empruntés à la statistique médicale

de la guerre 1914-1918 (Ministère de la guerre), à Vezeaux de Lavergne. Nous les avons comparés à ceux qu'il nous a été permis de rechercher dans les archives de guerre du Sous-Secrétariat du Service de Santé. Nous examinons ensuite les éléments qui sont entrés en cause pour influencer la tuberculose pulmonaire dans l'armée. Puis nous étudions successivement tous les moyens de la lutte antituberculeuse entre 1914 et 1918, leur valeur et leurs conséquences.

A M. le professeur Paul COURMONT qui nous inspira le sujet de notre travail, qui voulut bien nous conseiller et accepter la présidence de la thèse, nous adressons le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Que soit remercié M. le médecin-inspecteur MAROTTE, directeur du Service de Santé de la XIV^e Région, qui a mis à notre disposition, en toute bienveillance, ses documents. Notre maître et chef M. le médecin principal de 2^e classe L. JULLIEN nous a sacrifié son temps pour faciliter notre étude. Il nous a permis d'étendre à loisir nos recherches. Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude. Nous n'aurions garde d'oublier près des maîtres que nous eûmes ceux qui guidèrent nos pas au début de nos études médicales et pendant notre externat : ce sont nos premiers maîtres de la Faculté de Médecine de Toulouse : MM. les professeurs DAMBRIN, MÉRIEL, BÉZY, AUDRY, BAYLAG, DUCUING, MIGINIAC, MM. les professeurs LAFFORGUE, médecin chef de l'Hôpital militaire, GORSE, médecin principal de 1^{re} classe, M. le D^r LEVRAT.

LA
TUBERCULOSE DANS L'ARMÉE
PENDANT
LA GUERRE 1914-1918

CHAPITRE PREMIER

L'ETENDUE DU MAL

Avant 1914, il était classique de déclarer que 150.000 Français mouraient chaque année de tuberculose. La guerre, brutalement, devait-elle encore augmenter les ravages de « la Grande Faucheuse » ?

Les premiers mois de 1914, on note une absence quasi totale de tuberculose dans les armées en campagne. Cette période correspond bien à la guerre de mouvements en rase campagne que nous pressentions, et les enseignements transmis en matière d'épidémiologie militaire semblent encore valables. Mais la tuberculose sournoise, profitant de l'hiver proche avec la nouvelle guerre de positions, profitant de l'arrivée de contingents nouveaux, de renforts, toutes circonstances favorisant, soudain en 1915 allait jeter l'angoisse. 65.519 réformes étaient déjà prononcées au

1^{er} novembre 1915. Partout les médecins signalaient le fléau, son extension; et la nation était plus que jamais avisée du danger qu'elle courait. Cette crainte, à vrai dire, était suffisamment entretenue par des informations étrangères, de source ennemie souvent. L'armée américaine n'était-elle pas mise en garde, à son arrivée à nos côtés, contre la tuberculose qui atteignait tous les Français?

Bien des exagérations fâcheuses furent commises à ce sujet. Les chiffres apportés au Sénat par M. Justin Godart étaient cependant très loin de ceux de certains journaux américains évaluant à 400.000 le nombre de cas de phtisie de guerre. En réalité, du mois d'août 1914 au mois de juin 1919, les statistiques officielles fournissent les chiffres suivants :

Réformés n° 2. . . .	86.542
Réformés n° 1. . . .	23.679
Pensions de retraite. . .	<u>1.555</u>
Total.	111.776

auxquels il faut ajouter :

Décès à l'intérieur . .	<u>29.035</u>
Soit en tout . . .	<u>140.811</u>

Si nous ajoutons le chiffre sans doute peu élevé des morts par tuberculose aux armées, nous en arrivons à 150.000 tuberculeux pendant la guerre. Quelque douloureux que soient ces chiffres par eux-mêmes, et dans la mesure où ils sont exacts, « ils expriment plutôt la tuberculose de la nation que la tuberculose de l'armée » (J. Godart).

Nous pouvons, bien entendu, tenir compte d'une marge d'erreurs. Il n'en demeure pas moins certain que 150.000 représente le nombre des atteints dans une population militaire de 9 millions environ.

Le chiffre des décès aux armées par tuberculose pulmonaire manque¹. Il semble non exagéré de fixer à 40.000 le nombre total de décès.

110.000 réformes. 40.000 décès. Voilà le bilan de la tuberculose pulmonaire de guerre, de la nation armée.

Si nous nous reportons au temps de paix (150.000 décès étaient admis par an, soit 1 décès pour 260), nous arrivons pour les quatre années de guerre à 1 décès pour 225. Le pourcentage de mortalité de l'armée pour maladies ayant été de 13 pour 100 (contre 87 pour 100 pour blessures)², celui pour tuberculose pulmonaire serait de l'ordre de 0,44 pour 100 pendant la guerre 1914-1918, contre 0,38 pour 100 en temps de paix.

¹ Ce chiffre n'a pu nous être donné par les documents officiels que nous avons consulté aux archives de guerre du Sous-Secrétariat du Service de Santé militaire.

² Statistique médicale de la guerre 1914-1918 (Ministère de la guerre).

CHAPITRE II

LES CAUSES

On a pu aisément tout soupçonner d'avoir, peu ou prou, favorisé l'extension de la tuberculose pendant la guerre. L'armée était atteinte par le fléau en temps de paix. Il nous semble rationnel d'admettre avec Lemoine qu'il y a eu variation de chiffres avec un état sanitaire tuberculeux à peu près le même. Si la guerre a modifié cet état, nous l'avons vu, il est à croire que des causes ont acquis plus d'importance ou que des faits nouveaux sont entrés en ligne de compte. Il faut, croyons-nous, ne pas négliger un élément premier de l'armée de guerre : le recrutement.

I. — LE TRIAGE

La guerre le transforma singulièrement de par ses impérieuses nécessités. Des hommes tombaient, blessés ou morts. A chaque instant il fallait les remplacer au combat. Il fallait donc puiser, combien souvent, à la source de l'intérieur. Les hommes robustes partirent

d'abord, puis vinrent les époques où les levées de classes de jeunes hommes se succédaient et l'on essayait d'enrayer ce départ de jeunes en triant parmi les plus âgés. Telles étaient les exigences du recrutement. Les « jeunes » étaient soldats avant que leur développement fût complet et l'on pouvait tout augurer de leur résistance moindre aux fatigues, aux infections. Ceux qui furent frappés par le fléau ne firent cependant que des tuberculoses bénignes.

II. — LES RÉCUPÉRÉS

Les hommes âgés qui subissaient presque sans cesser des visites provenaient de cet élément désigné « inapte à faire campagne ». Il comprenait des sujets que Sergent qualifia de tuberculeux éteints, sujets qui après avoir fait, à des intervalles plus ou moins grands, des hémoptisies, une ou plusieurs pleurésies, avaient des sommets sclérosés plus ou moins solidement cicatrisés et fermés. Venaient ensuite des hommes ayant présenté antérieurement des accidents vraiment tuberculeux qui avaient nécessité une cure prolongée et qui depuis un temps variable avaient recouvré toutes les apparences de la santé.

Tels étaient ces exemptés, ces ajournés d'avant guerre ou du début de la guerre que la nécessité obligeait à servir. Ils étaient « les récupérés ». Combatants, ils subissaient les conditions d'existence commune, auxiliaires que l'on adaptait aux exigences des services de l'intérieur, leur *modus vivendi* changeait soudain. D'aucuns s'étaient mieux trouvés de leur vie

active nouvelle, mais ceux-là étaient un très faible nombre. On nota bientôt un accroissement de la tuberculose dans l'armée semblant coïncider avec la récupération d'hommes entachés de tuberculose antérieure. Les chiffres officiels globaux nous font défaut qui établiraient cette coïncidence. Cependant la X^e Région accusait, en mai 1915, contre 166 tuberculeux de la classe 1916, 1.544 éliminés par hospitalisation ou réforme (122 venus du front, 1.422 restés dans la zone de l'intérieur) appartenant à des classes rappelées depuis le 1^{er} janvier 1915, 2.608 *récupérés* (653 venus du front, 1.955 restés dans la zone de l'intérieur).

Kindberg et Delherm rapportent l'analyse de 1.000 « suspects » de tuberculose. « Nous avons diagnostiqué : 694 non tuberculeux, 103 ressortissant de l'oto-rhino-laryngologie, 193 tuberculeux avérés (soit près d'un cinquième). Il ne faut pas oublier qu'il s'agissait de malades souvent fourbus, débiles, des récupérés dans un cinquième des cas. Sur ces 694 cas, 80 étaient d'anciens réformés, 45 d'anciens auxiliaires (soit en tout un cinquième environ). C'est justement le nombre que nous retrouvons dans le groupe des tuberculeux. Sur les 193 tuberculeux avérés, 48 étaient d'anciens réformés ou auxiliaires, dont 10 pour bronchite et pas un seul, notons-le, pour bacillose. Sur ces 193 cas, c'est la même proportion que pour la catégorie précédente. »

Beauchant put observer pendant sept mois, dans un centre de triage, 302 malades (soit dans une proportion d'un quart) ayant présenté avant la guerre des manifestations tuberculeuses indiscutables de l'appareil

respiratoire, pleurésies avec épanchement, hémoptisies, bronchites avec amaigrissement et troubles graves et prolongés de l'état général.

Il semble donc que l'on doive le chiffre de 65.519 réformes pour tuberculose (du 2 août 1914 au 1^{er} novembre 1915) à l'incorporation des récupérés. Les années qui suivent attestent une diminution considérable (4.442 réformés du 1^{er} novembre 1915 au 1^{er} mars 1916), la source de récupération étant tarie.

L'observation clinique a établi et confirmé l'idée de réveil dans la pathogénie de ces tuberculoses. Nous verrons plus loin comment ont pu jouer certaines causes occasionnelles en donnant « un coup de fouet » au bacille endormi dans d'anciennes cicatrices (Dopter), — tuberculoses d'éclosion, disait Landouzy.

Ainsi a-t-on pu voir ces adultes, dont l'état général semblait pour d'aucuns un défi jeté à la face des grands blessés, être récupérés, puis faire bientôt des hémoptisies, soit à l'occasion d'un traumatisme, plus simplement du fait de leur mise en service. Il fallait des hommes. On ne pouvait faire un triage suffisant. Déjà bien avant la guerre, en 1894, un médecin général allemand, Scherning, concluait — non sans une pointe de vanité — que la nation allemande était la seule qui puisse augmenter considérablement le chiffre de ses effectifs sans accroître celui de ses phthisiques, vérité tristement plus évidente de par la durée de la guerre. La valeur des effectifs dominant et l'emportant sur la qualité physique, on acceptait tous ceux qui ne présentaient point une tare manifeste en se basant plus sur un minimum d'aptitude que sur un maximum.

On n'ignorait pas les inconvénients d'une telle décision, puisque très vite les conséquences apparaissaient; mais que faire devant la nécessité?

III. — LES CONDITIONS HYGIÉNIQUES

Les mille faits de chaque jour de guerre, ces conditions hygiéniques spéciales semblaient devoir aussi retentir sur la maladie et l'étendre plus encore. Elles furent multiples. Elles variaient « à l'avant » et « à l'arrière ». Le combattant, d'abord dans la guerre en rase campagne, eut à supporter des fatigues nombreuses avec un ravitaillement déficient. Surmenage physique et hypoalimentation sont des facteurs de tuberculose.

Les chiffres nous ont montré comment le mal sembla soudain étendu, après le début de la guerre de tranchées. Celle-ci devait contribuer à la pullulation des tubercules. Cela n'étonnait personne par cette vie de terrier dans la boue, durant de longs jours d'hiver successifs.

Les maladies infectieuses ne sont que très faiblement intervenues. Il faut cependant excepter le rôle de la grippe en 1918.

L'hygiène de nos troupes pendant la dernière guerre fut bonne. Malgré cela, et sans porter atteinte à la valeur et à la nécessité de la vaccination antityphoïdique, hors de conteste, elle a pu réveiller une tuberculose évolutive même à un faible degré.

C'est dans les formations de l'arrière que l'on observa

encore des tuberculeux, car la contagion s'exerça dans les usines de guerre où des locaux confinés et poussiéreux devenaient des foyers d'activité intense, par cette promiscuité constante entre récupérés anciens bacillaires et hommes aptes du service armé.

L'usage de l'alcool fut sans doute plus répandu. Le combattant recevait sa part. A l'arrière, devenu souvent un vaste lieu de passage et de concentration, il intervenait aussi « pour soutenir le moral », alors qu'il débilitait l'organisme.

Les conditions hygiéniques n'entrèrent dans la genèse de la tuberculose que de façon secondaire. Elles ne furent que des adjuvants inhérents, mais non pas spéciaux à la guerre 1914-1918.

IV. — LES TRAUMATISMES

Si nous en croyons le professeur Sergent, très exceptionnellement les traumatismes thoraciques peuvent favoriser le réveil d'une tuberculose. Beauchant a observé au centre de triage, pendant sept mois, 43 plaies pénétrantes de poitrine qui dataient : la plus récente de six mois, la plus ancienne de trente-deux mois. Il a l'impression qu'un traumatisme thoracique quelconque est capable, beaucoup plus souvent qu'on ne semble l'admettre, de réveiller une tuberculose jusqu'alors latente. Léon Bernard et Mantoux, parmi 341 blessés de la poitrine, ont observé 3 tuberculeux pulmonaires ; inversement, sur 236 tuberculeux ouverts, 9 sont d'anciens blessés de poitrine,

mais 5 seulement dont la relation de cause à effet est certaine.

Frischbier, auteur allemand, établit que, sur 6.000 malades qui passèrent au Sanatorium de Beelitz, 83 étaient atteints d'une plaie de guerre du poumon, 37 présentaient des foyers tuberculeux anciens non rallumés par le traumatisme, 46 présentaient un processus tuberculeux en évolution qui semblait une conséquence vraisemblable du trauma pulmonaire.

Sergent, sur 1.400 fiches de soldats tuberculeux prises au hasard, trouve 9 traumatismes du thorax; et, sur 96 anciens blessés de poitrine, 9 tuberculoses consécutives.

G. Brouardel donne 6 pour 100; Dénéchau, 8 pour 100.

Le fait que la blessure a été pénétrante ne semble pas avoir une influence notable, puisque, sur 80 blessures pénétrantes, un seul cas de tuberculose pulmonaire fut observé.

Les contusions de la poitrine, plus souvent que les plaies, favoriseraient le développement ultérieur de la tuberculose. Il nous semble donc logique de conclure, avec Sergent, qui le premier a établi cette notion, que la guerre, qui paraissait, en multipliant à l'infini les traumatismes et en variant leur mode, jouer un rôle tuberculigène — et confirmer ainsi les expériences de Max Schuller, — a juste produit l'effet inverse. Elle a permis de reconnaître, comme l'ont encore confirmé Ribadeau-Dumas, Devic et Cordier, que la tuberculose pulmonaire traumatique est extrêmement rare chez les blessés de la poitrine.

V. — LES GAZ DE COMBAT

Si nous en croyons quelques observations isolées rapportées par J. Tapie, Ménétrier et Martinez, Gouget, des cas de phtisie ont été consécutifs à des intoxications par les gaz. D'autre part, les séquelles pulmonaires que l'on observe actuellement chez d'anciens gazés semblent établir, à côté de tuberculoses immédiatement consécutives, des cas de tuberculoses tardives. Est-ce à dire que les gaz de combat ont un rôle essentiellement phtisiogène ?

Gimbert, sur 312 gazés (gaz chlorés), relève 8 cas de tuberculose consécutive, soit 2,40 pour 100.

Léon Kindberg et Delherm : 2 cas sur 193 ; Clerc, Ramond et Guillaume, sur 441 intoxiqués, relèvent 2 cas de tuberculose pulmonaire, soit 1 pour 200 ; Beauchamp, sur 1.206, 3 cas, soit 1,40 pour 100.

Achard, sur 3.525, 6 tuberculoses consécutives.

Arloing et Euthymiou, sur 737 observations, 9 cas, soit 1,20 pour 100 ; Roubier et Simonin, sur 151 tuberculeux, 4 évacués par atteinte de gaz, soit 2,6 pour 100.

Sergent et Benmussa, 4 pour 100. Ce pourcentage émanant d'un service de suspects et non pas d'un service de simples anciens gazés, ils formulent des réserves au sujet de son taux élevé.

Roubier a d'ailleurs signalé et démontré qu'une cause d'erreurs qui trouble les premières statistiques est l'existence de pseudo-tuberculoses sans bacilles de Koch dans les crachats et sans constatations

radiologiques spécifiques, et il conclut que « si, dans quelques cas, une inhalation de gaz toxique a pu jouer un rôle certain dans l'aggravation d'une tuberculose déclarée antérieurement d'une façon générale, son influence sur l'éclosion de la tuberculose pulmonaire chez les soldats ne s'accuse que dans de faibles proportions ».

La Commission du Sénat américain, réunie en avril 1924, aboutissait à des conclusions identiques. Le témoignage apporté par le Dr Francine affirmait même une action empêchante de gaz vis-à-vis de la tuberculose. Et Sergent concluait, dans une conférence faite au Val-de-Grâce le 10 janvier 1925 : « Sans suivre cet auteur jusqu'à ce dernier point, nous retiendrons que sa conclusion personnelle confirme et accentue celle des observateurs français, quant au rôle à peu près nul des gaz dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire. »

Cependant l'impression que les gaz ont causée a été tellement profonde qu'il est naturel que les gazés rapportent leurs manifestations pulmonaires à une relation de gaz; avec les indemnités prévues aux gazés, ceux-ci ont un intérêt réel à s'en prévaloir. En pratique, il semble que l'on ne devrait reconnaître qu'il y a eu atteinte profonde par gaz, que si l'individu a été évacué. Ce serait établir l'intoxication réelle, à laquelle viendraient s'ajouter des accidents sérieux. Il resterait à chercher la continuité entre les manifestations toxiques du début et les manifestations tuberculeuses actuelles.

VI. — LES PRISONNIERS RAPATRIÉS

On sait le régime désastreux auquel furent soumis les prisonniers français en Allemagne. On sait aussi que leur rapatriement vint accroître la morbidité et la mortalité de l'armée par tuberculose. Nous ne saurions citer des chiffres précis, officiels. Souvent logés dans des baraques surpeuplées, nos frères malheureux supportaient par un manque absolu de soins un rationnement alimentaire constant. Ceux qui avaient un état général à peine satisfaisant devenaient bientôt des malades dans ces logements d'aération insuffisante où cohabitaient en permanence des camarades tuberculeux. Ceux-ci voyaient leurs anciennes lésions réapparaître dans cette atmosphère viciée. Les soins manquaient à ces semeurs de bacilles, qu'ils soient ou non isolés dans des camps spéciaux. Des camps de tuberculeux existaient en fait où l'on séparait les malades des bien portants. Tel le camp de Sprottau (Silésie), qui comprenait, en octobre 1917, 1.875 malades, dont 75 Français, qui mouraient par une température de moins de 26 degrés l'hiver, sans qu'aucun traitement n'ait été ordonné, après avoir été auscultés, une rare fois — à leur arrivée. Ils avaient un thermomètre collectif et quelques-uns touchaient des pilules de créosote. Leur nourriture consistait en orge ou millet. Une fois par semaine, des nouilles et des déchets d'abattoir leur étaient donnés. Là, quinze à vingt hommes succombaient par jour en été, alors que la moyenne était de trente en hiver. Ce n'est qu'un exemple des condi-

tions d'existence de nos prisonniers. Il est aisé de concevoir comment ils ont pu nous revenir si nombreux, atteints par la tuberculose, ceux qui avaient été des combattants sains ou porteurs de vieilles lésions que la guerre ouvrait à nouveau irrémédiablement.

VII. — LES TROUPES EXOTIQUES

Elles arrivèrent sur le front français vers le milieu de 1915. D'abord venues presque exclusivement de l'Afrique du Nord et du Sénégal, leur importation s'accrut avec la fréquence et l'intensité des batailles. On vit dans les tranchées les hommes noirs de nos colonies de la Côte des Somalis, du Congo, de Madagascar, de la Martinique, combattre vaillamment auprès des nôtres ; mais plus que ceux-ci ils furent la proie de la maladie. Sommairement triés dans leur brousse, enlevés à leur tribu où la plupart vivaient de chasse et de pêche, ignorant l'alcool, beaucoup de ces indigènes, diminués dans leur résistance organique par suite d'une existence nouvelle, sous un climat nouveau, périrent de tuberculose.

On pensa d'abord à leur réceptivité particulière. Puis on se convainquit qu'ils succombaient à des formes différentes des nôtres. Leurs formes étaient souvent ganglionnaires et granuliques. Le rapprochement de tuberculose de première infection s'imposait. Rien n'était plus proche de la tuberculose infantile que la tuberculose de ces adultes « neufs ».

Roubier a cependant pu établir que chez certains la maladie n'était pas d'une fréquence exceptionnelle.

C'est ainsi qu'elle sévissait de façon endémique chez les Algéro-Marocains, chez les Malgaches, en revêtant des formes très analogues à la tuberculose européenne. Les Indo-Chinois semblaient moins atteints, mais leurs effectifs étaient moins nombreux et leur passivité faisait souvent méconnaître ou diagnostiquer tardivement la maladie. Elle les atteignit dans la même proportion.

CHAPITRE III

LES REMÈDES

I. — LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Mauvaises conditions hygiéniques, traumatismes, maladies infectieuses, contingents nombreux et de races différentes, prisonniers rapatriés, tous ces éléments qui contribuèrent à l'étendue du mal ne se firent pas jour soudain. Ils naquirent des circonstances. Chaque phase de la guerre avait sa répercussion sur le fléau. Aussi n'apparut-il pas toujours avec la même force et les barrières qu'on lui opposa se montrèrent-elles plus ou moins efficaces.

En 1914, les moyens d'action sont nuls ou quasi nuls. Ils découlent des enseignements transmis en matière de tuberculose militaire : la morbidité et la mortalité tuberculeuses se trouvant singulièrement réduites pour les armées en campagne, contrairement aux faits recueillis en temps de paix parmi les troupes casernées. Mais les phtisiologues ne sont pas étonnés de voir, en 1915, ces principes s'inverser. L'armée raye de ses cadres le soldat tuberculeux. Le triage est

grossier, il atteint les cas indiscutables peut-être. Il n'en est pas moins évident, puisque, au 1^{er} novembre 1915, il y a 60.036 réformés n° 2, 85 réformés n° 1, 5.398 réformés temporaires, soit 65.519 réformés pour tuberculose en quatorze mois. Cet afflux de tuberculeux cause donc, dès les premiers mois de la guerre, de vives appréhensions. Mais on ne pouvait songer qu'à l'essentiel alors, c'est-à-dire à l'élimination par réforme, aussitôt que possible.

Il y avait danger de contagé au front. Celui-ci se débarrassait du non-combattant et le dirigeait sur l'intérieur. Le danger était seulement éloigné; la phrase célèbre de Villemin restait vraie : « Le soldat phtisique est à son voisin de chambrée ce que le cheval morveux est à son compagnon d'écurie. » S'il était la menace de l'avant, il était maintenant davantage la crainte de l'arrière.

Aux armées, la Direction du Service de Santé tient à ce que soit pratiqué l'isolement. Le 12 avril 1915, elle rappelle la nécessité rigoureuse de dépister les cas de tuberculose. Les tuberculeux ouverts doivent être hospitalisés dans des salles spéciales. Il y aurait intérêt à grouper les « ouverts » dans des centres hospitaliers qui leur seraient en totalité ou en partie affectés. Le 6 mai 1915, un compte rendu d'application est demandé. Le 27 mai 1915, il est dit que les tuberculeux ne doivent pas être envoyés dans des hôpitaux-dépôts, mais que, dans la ville où siège la Commission de Réforme, des hôpitaux leur doivent être réservés aux fins d'isolement. Ainsi s'affirme l'effort pour réaliser le principe de l'isolement.

Cette conception n'allait pas tarder à se révéler insuffisante, car le péril n'était pas seulement au front. Le tuberculeux, menace de l'avant, devenait du fait de son renvoi à l'intérieur la crainte de l'arrière.

« Considérera-t-on jamais assez », disait Landouzy, le 5 mars 1915, avec autorité et éloquence, dans une communication à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, « que le malheureux phtisique sur la maison des vieux parents vers laquelle il s'achemine pour y longuement mourir, jettera autant d'ombres et de suspicion que, ses plaies fermées, la médaille militaire sur la poitrine, revenant s'asseoir à la table familiale, le blessé rapporte de joie et de fierté... »

« Moins bien partagé que ses camarades, le tuberculeux a pour unique ressource de s'en retourner mourir au pays natal... »

« Pour le pays ont combattu et souffert des légions de blessés par la tuberculose, invalides au même titre que les soldats mutilés sur les champs de bataille. A ceux-là comme à ceux-ci, la Nation doit payer une même dette de reconnaissance... »

Tuberculeux de l'avant, maintenant devenus tuberculeux de l'arrière, tuberculeux moins glorieux de l'intérieur, tous ces soldats devaient être soignés. Le mal était un, qui frappait une nation armée. L'union dans la lutte devait être. Celle-ci allait s'organiser.

Emue par l'appel de Landouzy, la Chambre vota, le 2 avril 1915, une résolution « invitant le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour donner

aux militaires les soins et l'éducation avant leur renvoi dans leurs foyers ».

Dans le courant de l'année 1915, la question fut posée au Ministre de la Guerre, qui déclina de s'en occuper. Au Ministère de l'Intérieur, M. J. Brisac, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, la fit sienne. Il conçut et réalisa le programme d'où tout le mouvement actuel est issu. M. Léon Bourgeois, président du Comité directeur de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, et la Commission, exercèrent la plus utile et la plus forte action pour faire aboutir ces vues et, le 18 octobre 1915, le Parlement, sur la proposition de M. Honnorat, votait une loi ouvrant un crédit de 3 millions. Elle décrétait « l'Assistance pendant la durée de la guerre aux militaires en instance de réforme ou réformés pour tuberculose ». Elle consacrait l'accord des deux Administrations de la Guerre et de l'Intérieur pour lutter contre le fléau. Date mémorable donc : puisque c'était la première fois qu'un crédit figurait au Gouvernement pour un service social de la lutte anti-tuberculeuse.

De là naissaient des institutions diverses étroitement liées et que d'aucuns avaient pu concevoir auparavant. Elles devaient par la suite s'étendre grâce à l'augmentation du crédit porté à 3.750.000 francs en 1916 et à 5.550.000 francs en 1917. Une organisation spéciale était donc dès lors consacrée aux tuberculeux militaires.

Les moyens visaient une action, qui au front, qui à l'intérieur, mais ils allaient d'abord à l'urgence. Des

formations prenaient corps, destinées au repérage des tuberculeux :

Centres de triage, où le tri était fait parmi les « suspects de tuberculose ». Les faux tuberculeux étaient rejetés, les vrais tuberculeux étaient retenus;

Hôpitaux sanitaires, à eux seulement destinés; où ils seraient traités, isolés, éduqués, réformés;

Stations sanitaires, du Ministère de l'Intérieur, où ils seraient envoyés ensuite pour compléter leur éducation prophylactique;

Ecoles de réadaptation, pour que leur retour à la vie normale se fasse progressivement. Enfin, rentrés dans leurs foyers, les tuberculeux, anciens militaires, trouveraient les secours des *Comités départementaux d'Assistance*, auxquels le Service de Santé aura signalé leur présence.

Ainsi s'affirmait l'œuvre de lutte antituberculeuse.

Pour ce faire, des circulaires et des lois, visant au mieux, se succédaient fortes de l'expérience des longs mois de la guerre. Toutes ces créations devaient constituer la souche de l'œuvre d'aujourd'hui. Aussi les envisagerons-nous, non pas dans leur ordre d'apparition, mais dans leur filiation directe car elles se complètent l'une l'autre pour constituer ce tout : la lutte antituberculeuse, œuvre de guerre.

Les moyens furent, on le conçoit, différents aux armées et à l'intérieur.

A. — Centres de triage.

La tâche du médecin aux armées n'était pas légère pour qui se souvient de tous les facteurs qui interve-

naient. Le médecin de bataillon ou de régiment ne pouvait encombrer sa formation de malades, car il avait aussi des blessés, et les périodes de calme n'étaient pas coutume dans certains secteurs. Il dirigeait sur l'hôpital d'évacuation, premier relai, premier organe de diagnostic. Puis le soldat était aiguillé sur une formation sanitaire de triage, organe de contrôle technique pour établir le diagnostic exact de tuberculose pulmonaire chronique. Ce second organe ne fonctionna pas dès le début de la guerre, mais dès octobre 1916, par ordre du Sous-Secrétariat du Service de Santé. Il permettait la revision d'un diagnostic de tuberculose porté dans de mauvaises circonstances souvent, et cela grâce à des phtisiologues et un matériel appropriés.

Il y avait un ou deux centres de triage par armée, d'une capacité de 50 à 100 lits dans les baraques. Le centre comprenait un service radiologique et un laboratoire (ou à proximité). En outre, une baraque d'isolement où les bacillaires avérés attendaient, au prorata de places disponibles, leur départ pour l'intérieur, Etaient annexés un service d'oto-rhino-laryngologie et un service de médecine générale où était décidé le sort des non-bacillaires.

L'expérience avait, en effet, montré que les malades étiquetés dans les formations sanitaires « bronchite suspecte des sommets » ou « imminence de tuberculose » n'étaient pas tous des tuberculeux. Il y avait une distinction à faire parmi ces hommes. Leur état général déficient, des troubles fonctionnels, des signes physiques semblant traduire une atteinte pulmonaire,

faisaient décider de leur évacuation. Des examens cliniques et radioscopiques pratiqués restant négatifs, si les données de l'examen oto-rhino-laryngoscopique cadraient avec une absence de bacilles, le malade était dirigé sur un des services voisins avant d'être récupéré par l'avant. Au début, tuberculeux et non-tuberculeux, envoyés loin de la zone combattante, restaient groupés dans les mêmes hôpitaux. De nombreuses observations de faits parvinrent et des circulaires suivirent afin d'établir un triage avant l'envoi dans les formations de l'intérieur. Ainsi furent constitués les centres de triage.

Les non-tuberculeux comprenaient des malingres, des psychasthéniques, des phtisiophobes, des ulcéreux de l'estomac ou atteints d'appendicite chronique. Il y avait aussi des cardiaques, des mitraux presque toujours, atteints de congestion pulmonaire massive avec toux et expectoration sanguinolente. Il y avait encore des pulmonaires (bronchites généralisées, aiguës des jeunes, liées ou non à de l'emphysème), des péritonéaux, des pleurétiques. Tous ceux-là sortaient de l'organisation antituberculeuse.

Restaient les suspects à raison : Ceux dont l'examen clinique permettait de penser à une lésion constituée des sommets, mais avec un examen radiologique négatif et un examen bactériologique négatif ; ceux dont l'examen clinique n'avait révélé rien d'anormal, mais où l'examen radioscopique montrait des ombres pathologiques, malgré un examen bactériologique négatif (pleurite apicale et lésions anciennes fermées, fibreuses à l'heure actuelle ou partiellement

cicatrisées); ceux enfin dont tous les examens étaient positifs : les tuberculeux avérés. Un choix était fait parmi eux.

Les tuberculeux atteints de tuberculose aiguë (granulée, pneumonie caséuse...) de même que les malades hectiques et cavitaires avancés étaient placés dans des pavillons spéciaux d'une formation de médecine générale. Mais tous ceux qui présentaient une tuberculose confirmée — le plus grand nombre —, évolutive, ouverte ou fermée, à l'exception des hectiques, étaient dirigés sur les formations hospitalières de région.

Les régions possédaient comme les armées un ou plusieurs centres de triage placés sous la surveillance technique d'un médecin chef de secteur et possédant une installation analogue.

Les tuberculeux des armées aboutissaient à ces centres. Ils recevaient aussi les « suspects » qui se trouvaient dans les formations sanitaires de la région, après avis du médecin chef de secteur. En outre, des consultations étaient données aux tuberculeux des corps. Leur mise en observation pouvait ou non nécessiter une hospitalisation temporaire, mais toujours le médecin chef de secteur intervenait à fin de décision. « Il apparaît ainsi que dans chaque région fut réalisé un véritable dispensaire sous la direction de médecins compétents en phtisiologie » (Vezeaux de Lavergne).

Nombreux furent les rapports, les réunions de phtisiologues, les inspections, pour permettre d'améliorer cette première action de la lutte antituberculeuse. Elle

ne s'exerça comme nous l'avons indiqué, tout entière, que la dernière année de guerre, dès avril 1918. Mais on n'attendit pas jusqu'alors dans certaines régions pour établir des formations sanitaires de triage. Nées du besoin, elles contribuèrent puissamment à la lutte en dépistant le soldat tuberculeux.

La nécessité et le rôle de ces formations nous sont précisés par des chiffres pris dans divers centres de triage. C'est ainsi que Léon Kindberg et A. Delherm accusent, sur 1.000 malades examinés, 694 tuberculeux. — Sergent et Delamare, sur 100 entrants, dépistent 50 tuberculoses en évolution (dont 17 avec expectoration bacillaire), et dans une autre statistique, sur 600 malades envoyés avec l'étiquette tuberculose, 89 n'avaient aucune lésion tuberculeuse, 212 présentaient des lésions cicatricielles. Ayant eu pendant six mois à examiner 1557 sujets, Sergent rapporte encore 265 non-tuberculeux, 185 suspects, 1099 tuberculeux avérés.

Les malades très graves étant isolés dans les baraques d'isolement des centres, les non-tuberculeux étaient envoyés dans des services de médecine générale à fin de récupération. Ils restaient des malades moyens et graves. Ceux-ci étaient dirigés sur des formations de l'intérieur, les hôpitaux sanitaires, avec un dossier comprenant les observations cliniques, les résultats d'un ou plusieurs examens bactériologiques des crachats, la courbe de pesées hebdomadaires, les courbes de température, les résultats des examens radiologiques.

B. — Hôpitaux Sanitaires.

Par une circulaire du Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé militaire du 31 janvier 1916, M. Justin Godart décidait de leur organisation. Ces formations étaient spécialement destinées à recevoir les militaires tuberculeux et à leur assurer le traitement nécessaire jusqu'à ce qu'ils soient en état d'être dirigés sur des stations sanitaires, écoles d'éducation antituberculeuse.

Les malades y étaient soignés, éduqués et enfin réformés. Si les centres de triage étaient des dispensaires, les hôpitaux sanitaires étaient des sanatoria. Leur principe et leur réglementation établis, leur organisation se heurta à quelques difficultés.

Les immeubles avaient une situation toute désignée. Ils devaient être « situés en dehors des villes ou aux confins de celles-ci, entourés d'espaces libres se prêtant au besoin à leur extension par l'établissement de baraques fixes ou démontables; ils ne devront jamais être installés dans des locaux normalement consacrés à l'enseignement... ». Mais il y eut à trouver ces immeubles qui réalisaient les conditions indiquées, et la tâche fut ardue si l'on peut se souvenir que la réquisition s'était déjà exercée et que l'idée de la contagion tuberculeuse hantait trop l'esprit des populations pour qu'elles permissent l'installation sur un terrain idéal, d'une formation pour tuberculeux. Nombreuses furent les démarches pressantes et les oppositions. Néanmoins la chose fut réalisée au bénéfice de la

nation. Alors que le principe des hôpitaux sanitaires fut admis, nous disposions seulement de six sanatoria d'avant guerre représentant 1.700 lits. L'effort fut incessant, puisqu'en 1918 il existait, répartis dans les 20 régions militaires, 48 hôpitaux sanitaires représentant 7.500 lits¹.

La XIV^e Région figurait en tête avec quatre établissements : à la Côte-Saint-André, Hauteville, Saint-Genis-Laval, près Lyon, Saint-Laurent-du-Pont (Isère), avec 1.173 lits. Cela était sans doute dû en partie à leur situation idéale dans la région montagneuse à une altitude assez élevée pour être au-dessus de la zone des brouillards et bénéficier de tous les avantages de la cure solaire. Voilà ce qu'établirent, fortes de l'étude et de l'expérience, les commissions de phthisiologues. Elles firent une réserve naturelle pour ce qui était de la dissémination des hôpitaux sanitaires sur le territoire, en raison même des circonstances locales.

Les bâtiments réquisitionnés étaient seulement modifiés et aménagés sans luxe mais de manière à réaliser un entretien commode, une aération large, un accès facile de la lumière. Tout fut établi avec hygiène. Des locaux étaient créés spécialement pour ces formations nouvelles : locaux de désinfection, galerie de cure — celle-ci orientée au sud de préférence, en forme d'auvent, pouvant contenir un nombre de chaises-longues égal aux deux tiers de l'effectif des malades —, cabinet dentaire, salle de radioscopie.

¹ En 1919, 6 nouveaux hôpitaux sanitaires étaient créés, ajoutant 2.292 lits.

Des médecins phthisiologues compétents prodiguaient leurs soins. Un triage existait qui séparait les faux des vrais tuberculeux, les contagieux (à expectoration bacillifère) des non-contagieux (sans expectoration bacillifère). Dans chacun de ces deux derniers groupes étaient plusieurs catégories : malades alités, au repos complet, au repos mitigé avec des exercices gradués, malades soumis à l'entraînement progressif.

L'alimentation était aussi variée que possible et surveillée. Enfin la partie hygiénique du traitement médical visait l'aération continue, la cure de repos, l'alimentation. La thérapeutique était appropriée à chaque cas.

Le tuberculeux n'était pas seulement soigné, on l'éduquait et cela par tous les moyens : persuasion individuelle faite de raisonnement, de patience, d'autorité auxquels les médecins s'appliquaient personnellement, et persuasion collective. Des instructions affichées à profusion portaient, en termes simples mais concis, l'essentiel du principe de l'hygiène générale de la maladie : à savoir que la tuberculose se propage surtout par les crachats desséchés et réduits en poussière, que la destruction du germe infectant peut donc être réalisée par l'usage du crachoir. Elles visaient aussi le point de vue particulier et il n'était pas de meilleure sauvegarde que celle du raisonnement judicieux :

« Un malade qui crache par terre est dangereux pour tous les autres, il porte à ses camarades un préjudice direct. A vous d'y veiller. » Voilà ce qu'on lisait aux murs, voilà ce que les entrants apprenaient encore des instructions imprimées qui leur étaient distribuées.

A cet enseignement s'ajoutait la pratique hygiénique constante. Spectateur, le malade assistait aux mêmes actes quotidiens à répercussion présente et future. C'était l'habitude du crachoir de poche, c'était la propreté des salles, des cuisines, la désinfection. Acteur, il accomplissait peu à peu, toujours par la force de l'habitude, l'observation régulière des prescriptions d'hygiène et de prophylaxie. Le malade vivait d'exemples, mais des distractions profitables lui étaient réservées quand il était un amélioré. Nous ne saurions que souligner ici les initiatives de médecins. A la Côte-Saint-André, à Bligny, au Béquet, des potagers étaient cultivés par les malades, ailleurs on pratiquait l'élevage, il y avait des sections ouvrières horticoles, etc. Ainsi on réentraînait progressivement au travail de la terre le tuberculeux amélioré ; les écoles de réadaptation se formaient.

Un autre rôle des Hôpitaux Sanitaires était la constitution du dossier de réforme. Le malade pouvait, si son état s'aggravait, être réformé définitivement à l'Hôpital Sanitaire, y rester selon son désir ou rejoindre sa famille, pourvu que celle-ci soit à même de le soigner. Des congés de convalescence étaient donnés aux malades légers. Restaient ceux qui n'évoluaient plus (et c'était le plus grand nombre). Ils étaient dirigés sur une formation autre, munis des documents qui les concernaient (dossier médico-légal comprenant : billets d'hôpitaux, résultats d'examens ou d'analyses, feuilles d'observation, rapports, etc.). Ces améliorés préféraient prolonger leur séjour de trois mois dans la nouvelle formation, tant pour consolider leur guérison

que pour retarder leur réforme qui eut supprimé l'allocation à leur famille. Il est peut-être intéressant de rapprocher quelques chiffres montrant la fréquence relative des différents modes de sortie des Hôpitaux Sanitaires et leur activité :

	Malades	Décès
Hôpital Sanitaire de Bligny	3.101	241
Hôpital Sanitaire de la Côte-Saint-André.	4.758	244
Hôpital Sanitaire d'Hérouville.	2.833	190
Hôpital Sanitaire de Campagne	1.280	52
Hôpital Sanitaire de Mazère-Barsan	1.434	181

Les statistiques établissent que 65'000 tuberculeux furent soignés dans les Hôpitaux Sanitaires pendant 1916, 1917, 1918. C'est dire le fonctionnement intense de ces formations appelées à devenir les Sanatoria de l'après-guerre avec leur complément : les Stations Sanitaires.

C. — Stations sanitaires.

Le Secteur médical change avec l'organe nouveau. Le Ministère de l'Intérieur succède au Service de Santé militaire. La guerre mettait en effet en relief cette nécessité absolue de la liaison même dans la lutte anti-tuberculeuse. La Station Sanitaire recevait le malade tuberculeux envoyé par l'Hôpital Sanitaire.

Le Ministère de l'Intérieur, dès le 10 avril 1915, prescrivait de rechercher d'urgence les immeubles départementaux susceptibles d'être utilisés pour la création de Stations Sanitaires destinées aux réformés tuberculeux. Le cri d'alarme de Landouzy avait un

premier écho. Bientôt après, le 18 octobre 1915, la loi Justin Godart était votée qui accordait un crédit de 3 millions pour l'assistance aux militaires tuberculeux réformés; une convention consacrait l'accord des deux Administrations de la Guerre et de l'Intérieur, et le 12 novembre enfin une circulaire télégraphique annonçait l'ouverture des Stations Sanitaires. Elles furent donc, en date, les premiers établissements antituberculeux de guerre. Leur précocité se conçoit si l'on songe que la fin de 1915 marquait l'apparition soudaine d'une armée de 65.519 « blessés de la tuberculose » réformés qui allait se joindre à la nation, à l'intérieur. Il ne fallait plus que « les moins auréolés de nos invalides, puisqu'ils se savent redoutés comme porteurs de germes, demeurent l'une des occasions de la pérennité de la tuberculose interhumaine... » (Landonzy). Le danger était grand. Les Stations Sanitaires étaient ouvertes d'urgence.

Leur rôle principal fut, au début, de recevoir le tuberculeux recueilli après sa réforme pour un complément de cure d'air et d'éducation hygiénique. Quand vint l'ouverture des Hôpitaux Sanitaires, elles reçurent les soldats à leur sortie de ces hôpitaux, mais seulement dans certaines conditions. Etaient justiciables d'une évacuation sur les établissements de l'intérieur les militaires « ayant une tuberculose en voie d'évolution de l'appareil respiratoire et susceptible d'une amélioration notable, y compris les cavitaires (sous la réserve que ceux-ci aient peu ou pas de fièvre et qu'ils aient conservé un état général satisfaisant) ». N'étaient pas justiciables desdits établissements, les malades dont

l'état aigu ou subaigu grave réclamait encore des soins immédiats et continus à donner, soit dans les hôpitaux, soit dans les familles qui seraient en mesure de soigner les leurs, non plus que les hommes reconnus tuberculeux à leur arrivée au corps. L'instruction du 20 décembre 1917 était formelle, les Stations Sanitaires n'étaient pas, à proprement parler, des hôpitaux de traitement.

Les militaires y étaient envoyés par les Hôpitaux Sanitaires.

Ceux-ci avaient à charge la constitution du dossier (dossier médical et de réforme) qu'ils adressaient avec la demande d'admission de l'intéressé au Directeur du Service de Santé de la Région, et transmis aussitôt par lui au Ministère de l'Intérieur (Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques). Le Ministère de l'Intérieur indiquait ensuite télégraphiquement au Directeur du Service de Santé de la région la Station Sanitaire sur laquelle devait être dirigé le malade et la date de son admission. Ainsi était réalisée la liaison du Ministère de la Guerre avec le Ministère de l'Intérieur. Si l'on excepte quelques à-coups difficilement évitables, surtout au début d'une organisation nouvelle (lenteur de transmission de dossiers, évacuation sur les Stations de malades insuffisamment guéris, personnel médical réduit, manque de discipline des malades qui n'étaient plus des militaires...), il n'en demeure pas moins des faits importants et non des moindres.

29 Stations Sanitaires existaient fin 1918, soit 3.000 lits, réparties en divers points du territoire : Saint-Godard (Loire), Alix, Bayère (Rhône), Mont-

faucou (Lot), Pignolin (Nièvre), Clavières (Mayenne), Cambo (Basses-Pyrénées), Pessac (Gironde), etc. Leur situation à la campagne, dans les mêmes conditions d'hygiène (aération, ensoleillement, éducation hygiénique prophylactique) que dans les Hôpitaux Sanitaires, faisait que le séjour de trois mois à la Station était pour le tuberculeux une source d'avantages. L'amélioration s'affirmait, l'éducation hygiénique était plus complète et l'allocation à la famille se prolongeait pendant trois mois. Qu'une aggravation survint, le malade retournait à l'Hôpital Sanitaire le plus proche. Que l'amélioration se poursuive dans de bonnes conditions, et le blessé, quittant la Station, allait retrouver sa place au foyer. Nous verrons qu'il n'y était pas abandonné, mais seulement confié à la surveillance de Comités départementaux, après réforme définitive.

Le cas existait aussi sur d'anciens militaires dont une atteinte tuberculeuse avait entaché la capacité professionnelle. Une réadaptation s'imposait pour leur faciliter une nouvelle place sociale : des Ecoles étaient créées dans ce but. Nous étudierons plus loin ces autres moyens de la lutte antituberculeuse de guerre, dans le chapitre de l'Assistance au Tuberculeux à sa sortie de la Station Sanitaire.

D. — L'Assistance au Tuberculeux.

a) LES COMITÉS DÉPARTEMENTAUX. — Afin de continuer aux malades sortis des Stations Sanitaires les soins et l'éducation qu'ils y avaient reçus, le Ministère de l'Intérieur suscita, le 21 mai 1916, la création de

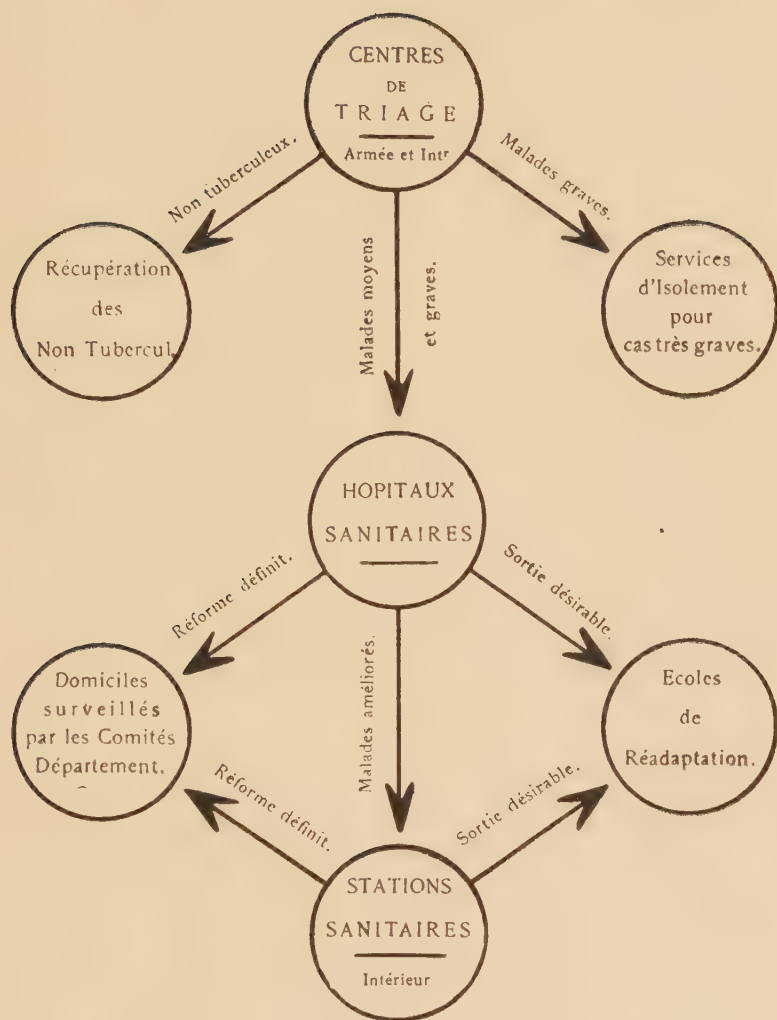


Schéma indiquant la liaison entre les divers éléments
de la lutte antituberculeuse de guerre.

(D'après CANTONNET.)

Comités départementaux d'Assistance aux Anciens Militaires tuberculeux.

Un Comité central présidait à leur formation, soutenait et dirigeait les efforts, conformément à un plan général d'action arrêté par la Commission permanente de Préservation contre la Tuberculose. Ce Comité, présidé par M. Léon Bourgeois, prit le nom, en 1917, de Comité National d'Assistance aux Anciens Militaires tuberculeux.

Lorsqu'un tuberculeux réformé quittait sa formation, les médecins-chefs en prévenaient les Préfets et par eux les Comités départementaux et leur adressait le dossier du malade. Au début, une seule fiche portait à la fois les renseignements administratifs et médicaux, exposant à la violation du secret professionnel. Des modifications furent apportées qui distinguèrent dans le dossier la partie administrative de la partie médicale, celle-ci sous enveloppe fermée qu'ouvrait seulement le médecin appelé éventuellement à soigner le réformé.

C'était moins par des dons d'argent que par l'apport de secours de toute nature que l'assistance s'exerçait, assistance prophylactique, donc faite de secours médicaux, moraux, matériels. Les moyens qui furent mis en œuvre variaient selon les départements.

La Haute-Saône, les Deux-Sèvres avaient des délégués du Comité qui se rendaient sur place et jugeaient la situation (mesures de désinfection, hygiène générale du logement, moyens de subsistance) pour indiquer au Comité les dispositions à prendre. Le Rhône, la Marne, les Vosges, l'Indre-et-Loire avaient des Infir-

mières-visiteuses chargées des soins à donner au malade. La Seine réalisait les deux modes d'action. D'autres Comités ouvrirent des Dispensaires.

b) LES DISPENSAIRES. — Le Comité du Rhône, dont le Président était Jules Courmont, donnait aux assistants des médicaments et des secours (bons de viande, œufs, lait, charbon, conserves, thermomètre, crachoirs de poche). Il assurait le buandage du linge aux contagieux. Pour cela, il utilisait le Dispensaire modèle créé par Jules Courmont. Deux existaient à Lyon depuis 1905 et 1906. En 1917, le professeur Paul Courmont en fondait cinq autres. En outre, le Comité créait successivement un Hôpital pour tuberculeux, un Sanatorium à Bayère, deux Préventoriuns pour enfants, trois Dispensaires départementaux (Givors, Villefranche, Tarare), un Dispensaire ambulant (création originale de J. Courmont), réalisant ainsi « un véritable réseau prophylactique dont la gare régulatrice était le Dispensaire » (P. Courmont).

Les ressources du Comité National et des Comités départementaux étaient constituées par des subventions de l'Etat, des départements, des communes, de toutes les institutions de bienfaisance publique. Elles devaient abonder pour cette guerre contre la tuberculose. « La contagion bacillaire, disait Letulle, ne respecte ni la hiérarchie sociale, ni certes, les spécimens les plus sains de la richesse, de la beauté, de la science ou des arts. » Et il ajoutait, faisant appel à la générosité du grand public, de ce Monsieur Tout le monde :

« Donnez donc, car en donnant vous vous préservez du bacille. »

Cette nécessité d'action intense, la Croix-Rouge Américaine l'avait comprise aussi, et plutôt que nous peut-être, puisque le Comité international d'Hygiène de New-York avait organisé et envoyé en France, le 12 juin 1917, la Mission Rockefeller.

c) LA MISSION ROCKFELLER. — Elle commençait alors l'application d'un programme comprenant une propagande d'éducation de tous les départements, la réalisation à titre démonstratif d'une méthode type d'organisation départementale (Eure-et-Loir) et urbaine (dans le XIX^e arrondissement de Paris), la collaboration et la coopération avec les autorités locales et les personnalités médicales pour l'organisation des Comités départementaux des œuvres existantes et nouvelles pour la spécialisation de médecins phthisiologues, d'infirmières visiteuses, pour la création de services de statistiques. Elle s'occupait aussi des tuberculeux rapatriés. Enfin, elle consacrait, en douze mois, 16 millions 120.000 francs à la lutte contre la tuberculose en France.

E. — Les Réformes.

La Commission permanente de préservation contre la tuberculose avait eu, dès le 5 mars 1915, l'attention attirée sur une légion de « blessés par la tuberculose ». Landouzy, dans son rapport, avait magnifiquement mis en évidence leur situation nouvelle vis-à-vis de l'Etat

et du pays. « Elle donnait, disait-il, au problème déjà si complexe de la convalescence et des réformes du soldat tuberculeux « un caractère de poignante actualité ». Il y avait donc à considérer une question nouvelle, issue des circonstances : celle des réformes pour tuberculose.

Le « blessé par la tuberculose » devait pouvoir être indemnisé au même titre que le mutilé sur le champ de bataille. « A ceux-là comme à ceux-ci, la Nation doit payer la même dette de reconnaissance » (Landouzy). S'il y avait danger, il y avait aussi injustice à renvoyer dans son foyer, sans le secourir, le soldat tuberculeux rayé des cadres de l'armée. Aussi nos parlementaires bientôt s'émurent. Sur la proposition de M. Honnorat, faite le 2 avril 1915, la Chambre votait la loi du 18 octobre 1915 décrétant l'assistance, pendant la durée de la guerre aux militaires en instance de réforme ou réformés pour tuberculose. Un crédit de 3 millions était ouvert pour secourir le tuberculeux. Ainsi s'en débarrassait le Ministère de la guerre, quelques services militaires qu'il ait pu rendre avant d'être réformé. Il semblait donc qu'une revision administrative s'imposât ; les faits avaient varié depuis le temps de paix. La guerre était intervenue. Elle avait, à en juger par le nombre de réformes établi au 1^{er} novembre 1915 pour tuberculose (65.519), favorisé l'extension du fléau !

Une année plus tard, le 15 octobre 1916, une circulaire apportait un changement notable au mode de réforme. La Réforme n° 1 (temporaire ou définitive), pouvait être prononcée « pour maladies *contractées*

soit *aggravées* par le fait du service... que la jurisprudence du Conseil d'Etat admet au même titre que l'origine directe de l'aggravation des infirmités ou maladies, *notamment la tuberculose*, peuvent exister en germes ou encore à l'état initial ou peu grave chez les militaires au moment de leur incorporation. Dans ce cas, la responsabilité de l'Etat est engagée ».

La législation était donc changée au profit du soldat tuberculeux. Jusqu'alors, seulement une minorité de militaires bénéficiait de la Réforme n° 1, c'est-à-dire avec indemnisation. C'étaient des officiers, des rengagés, des militaires d'expéditions coloniales qui, dans certaines circonstances, avaient droit à ce privilège. L'immense majorité des soldats étaient réformés sans indemnisation : Réforme n° 2, et le soldat tuberculeux rentrait dans ce cadre. Avec la circulaire précédente, il devait fournir nécessairement des pièces justificatives : certificat d'origine, rapport, billet d'hôpital. Cependant les tuberculeux déclarés peu de temps après l'incorporation ne bénéficiaient d'aucune indemnisation. Il fallait qu'ils eussent été éprouvés par les fatigues de leur état.

D'autres modifications survinrent plus tard, en 1919. C'est sans doute dépasser les limites de notre sujet que de les rapporter ici. Nous nous bornerons à signaler la loi du 31 mars 1919, sur les pensions militaires, puis, en 1922, la loi du 8 juillet qui modifie l'article 64 de la précédente. La loi du 1^{er} avril 1923 intervient ensuite, qui étend à tout soldat récemment incorporé le bénéfice d'une pension pour toute affection non diagnostiquée au moment de son incorporation. Enfin,

avec le décret du 8 août 1924, le taux d'invalidité pour tuberculose pulmonaire devient unique, absolu. Il est de 100 pour 100.

Quoi qu'il en soit, les chiffres fournis par les statistiques officielles sont les suivants.

D'août 1914 à juin 1919 :

Réforme n° 2.	86.542
Réforme n° 1.	23.679

La Réforme n° 2 nous fournit par périodes successives :

Du 2 août 1914 au 1 ^{er} novembre 1915 . .	65.519
Du 1 ^{er} novembre 1915 au 1 ^{er} mars 1916. .	4.442
Du 1 ^{er} mars 1916 au 31 décembre 1916. .	6.753
Du 1 ^{er} janvier 1917 au 31 décembre 1917 .	5.568
Du 1 ^{er} janvier 1918 au 31 décembre 1918 .	3.581
Du 1 ^{er} janvier 1919 au 31 avril 1919. . .	652

Dans ces chiffres de réformés n° 2, il faut comprendre des tuberculeux réformés au moment de l'incorporation ou peu après et que nous n'avons pu dénombrer. Il est à remarquer, en outre, que le chiffre de réformés n° 1 réunit des réformes temporaires et des réformes définitives. Celles-ci étaient réservées aux tuberculeux graves, tandis que la réforme temporaire permettait une revision des cas. Enfin, on prononçait environ une réforme n° 1 définitive, contre trois réformes n° 1 temporaires.

II. — CE QUI RESTE A FAIRE

L'étude de la maladie et de ses conditions de propagation dans l'armée nous a permis d'établir la part de

la guerre. Le fléau ne naquit pas avec elle. Il existait dans les individus, en dehors des circonstances nouvelles. Il reconnaissait déjà une étiologie sociale. Que lui opposer, sinon une prophylaxie sociale?

Que celle-ci réside d'abord dans l'éducation antituberculeuse pour que des mesures individuelles et collectives d'hygiène deviennent d'application journalière, ensuite l'éducation antituberculeuse des cadres renforcera celle du jeune soldat.

Qu'une sélection rigoureuse existe au cours du recrutement aussitôt après l'incorporation et pendant le service militaire.

Qu'une bonne législation s'impose, tel est, nous semble-t-il, ce qui reste à faire.

Il faut que soit obligatoire la déclaration de la tuberculose pulmonaire. L'opinion publique est suffisamment avertie de ses risques et surtout des droits à une pension d'invalidité pour que la déclaration d'une atteinte par la maladie soit spontanée. Mais la déclaration obligatoire permettrait l'établissement plus rigoureux du dossier sanitaire individuel, par suite une incorporation plus sévère.

L'invalidité de 100 pour 100 pour tuberculose pulmonaire permet au malade de se soigner. Elle ne l'oblige pas. Que cette obligation existe de par un contrôle du carnet de pension — visa médical à chaque visite — voilà qui augmenterait le rôle des dispensaires. Sans doute serait-ce les multiplier et accroître les dépenses, mais l'hygiène du pays y gagnerait présentement et plus tard.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose dans l'armée pendant la guerre 1914-1918 n'a pas causé les chiffres élevés de mort qu'on aurait pu croire et qu'entretenaient des informations étrangères. Le dépouillement des statistiques donne 150.000 hommes atteints de tuberculose pulmonaire. Sur ceux-ci : 110.000 réformés et 40.000 décès. Tout cela se rapporte à une population militaire de 9 millions environ.

Le pourcentage de mortalité de l'armée ayant été, pendant ces quatre années, de 13 pour 100, celui pour tuberculose pulmonaire serait de l'ordre de 0,44 pour 100, contre 0,38 pour 100 dans l'armée du temps de paix.

II. — Les conditions hygiéniques, les traumatismes, les gaz de combat n'entrèrent dans la genèse de la tuberculose pulmonaire que pour une très faible part. Les exigences croissantes du recrutement firent que l'armée puisa dans la Nation, pour les récupérer,

d'anciens réformés pour la plupart tuberculeux latents ou abortifs. Chez eux, la tuberculose fit souvent une nouvelle poussée évolutive à la faveur des conditions nouvelles dans lesquelles la mobilisation les avait placés.

Les prisonniers rapatriés, victimes en Allemagne de moyens lamentables d'existence, payèrent un lourd tribut à la tuberculose.

En outre la morbidité s'éleva en France avec l'importation de contingents exotiques.

III. — Le péril tuberculeux aggravé par la guerre imposa des mesures. Elles visèrent à l'élimination par réforme du soldat atteint — moyens palliatifs issus des enseignements d'avant-guerre, mais non adaptés aux faits de la guerre 1914-1918. La solution ne fut apportée que par une organisation autre.

IV. — La lutte antituberculeuse, œuvre essentiellement renouvelée par la guerre, s'attacha à dépister, puis à suivre le soldat tuberculeux.

Elle créa des Centres de triage, des Hôpitaux Sanitaires (48 où furent soignés 65.000 malades), 29 Stations Sanitaires où passèrent 18.000 tuberculeux. Puis des Comités départementaux assistèrent le tuberculeux que l'on avait traité, réformé, éduqué. Il fut confié à des Ecoles de Réadaptation pour faciliter son retour à la vie sociale. Toutes ces institutions n'eussent pu s'établir et fonctionner si les nécessités de la guerre n'avaient pas créé en fait pour le soldat la déclaration obligatoire et l'unité d'action.

V. — La guerre 1914-1918 marqua le début d'une action efficace entreprise en France contre le fléau social. Elle posa les jalons de l'organisation anti-tuberculeuse.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

P. COURMONT.

Vu :

LE DOYEN,

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 mai 1925.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD, les Séquelles des intoxications par les gaz de combat (*Bull. Méd.*, 8 fév. 1919).
- ACHARD, DESBOUIS, LEBLANC et L. BINET, Intoxication par les gaz de combat (*Arch. de Méd. expér.*, 1919, n° 5).
- ARLOING et EUTHYMIU, Thèse de Lyon, 1917-1918,
- BARRADAS (Antonio), le Service de Santé portugais pendant la guerre (*Presse Méd.*, 14 janv. 1920, p. 55).
- BEAUCHANT, la Tuberculose aux Armées (*Arch. Méd. et Ph. Mil.*, t. LXVII, p. 856).
- BENMUSSA, Thèse de Paris, 1920.
- BERNARD (Léon), l'Œuvre des Comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux (*Paris Méd.*, 1918, t. XXVII, p. 8).
- la Prophylaxie sociale de la tuberculose (*Presse Méd.*, 10 janv. 1920).
- Etat actuel de la législation antituberculeuse en France (*Presse Médicale*, 10 janv. 1920, p. 29).
- BERNARD et MANTOUX (C.), Traumatismes de guerre et tuberculose pulmonaire (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18 mai 1917).
- BERNARD, MANTOUX et JACQUET (P.), la Guerre facteur déterminant de tuberculose pulmonaire (*Paris Méd.*, 15 janv. 1916, p. 64).
- BONNETTE (P.), Réforme des militaires tuberculeux (*Presse Méd.*, 10 janv. 1922).
- BORREL, Pneumonie et Tuberculose chez les troupes noires (*Annales de l'Inst. Pasteur*, mars 1920).
- BOURGEOIS (L.), la Guerre et la lutte antituberculeuse (*Revue Scient.*, Paris, 1915, p. 241).

- BOURGEOIS et LETULLE, Pour les militaires tuberculeux réformés (*Revue d'Hygiène*, Paris, 1916, p. 577).
- CAMESCASSE (J.), la Tuberculose faite de guerre (*Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, Paris, 1916, p. 699).
- CANTONNET, la Réadaptation du tuberculeux à la vie rurale. (Commission de rééducation du tuberculeux réunie à l'Office de rééducation et de placement des mutilés, le 12 juin 1918.)
- CHAMPEAUX, Revision, incorporation (*Presse Méd.*, 4 avril 1923).
- CHAVIGNY, Tuberculose et recrutement de l'armée (*Soc. Méd. mil. franç.*, Paris, 1922).
- CHAUFFARD, la Guerre et la santé de la race (*Rev. d'Hyg.*, 1915).
- CHTHEPOTIEV, la Tuberculose dans l'armée russe (*Vracht*, 19 fév. 1920).
- CLERC, RAMOND, GUILLAUME, Etude clinique des séquelles pulmonaires chez les ypérités (*Presse Méd.*, 28 août 1919).
- Congrès international de Méd. et de Ph. mil. de Bruxelles, 15 juillet 1921.
- COURMONT (P.), *Précis d'Hygiène*, Paris, Masson.
- *Cours d'Hygiène à la Faculté de Lyon*, 1924-1925.
- CHALLAMEL, Blessures du poumon et tuberculose (*Paris Méd.*, 1^{er} mars 1919).
- DOPTER (Ch.), *les Maladies infectieuses pendant la guerre 1914-1918*, Félix Alcan, 1921, p. 289.
- DUMAREST, la Réforme des tuberculeux (*Bull. Méd.*, 6 avril 1918).
- la Tuberculose et la guerre (*Bull. Méd.*, 6 juillet 1918).
- Tuberculose et gaz asphyxiants (*Bull. Méd.*, 21 avril 1920).
- ELLIOT (G.-H.), How Canada is meeting the tuberculosis war problem (*Ann. Rev. Tuberc. Baltimore*, 1918-1919, p. 400).
- FRANCINE, Témoignage apporté devant la Commission du Sénat américain en avril 1924 (*the mil. Surgeon*, avril 1924).
- FRISCHBIER (G.), *Zeitschrift für Tuberkulose*, Leipzig, 1920.
- GALUP (J.), les Renvois au corps, au cours de la guerre, après hospitalisation dans un sanatorium militaire (*Bull. méd.*, 1918, p. 122).
- GIMBERT, Tuberculose et gaz asphyxiants (*Paris Méd.*, janv. 1918, p. 17).
- Action des attaques de gaz sur la tuberculose (*Presse Méd.*, janv. 1918).

- GIROUX et FABRE, Tuberculose pulmonaire traumatique (*Bull. Méd.*, 16 février 1918).
- GRANJUX, le Pays et les soldats tuberculeux de la guerre (*Journ. de Méd. et Ch. prat.*, 1917, p. 81).
- GRASSET, la Lutte contre la tuberculose (*Montpellier Médical*, 1916, p. 239).
- HARPEDANNE DE BELLEVILLE, Thèse de Bordeaux, 1919-1920.
- HERVÉ, la Patrie armée et les tuberculeux (*le Caducée*, 15 nov. 1915, p. 149).
- HIRTZMANN (L.), Chronique d'hygiène (*Arch. de Méd. et Ph. mil.*, 1922).
- JEANDIDIER (J.), la Tuberculose et l'armée (*Arch. de Méd. et de Ph. mil.*, juillet 1923).
- JULLIEN (L.), la Loi du 31 mars 1919 et la lutte antituberculeuse (*le Mouvement sanitaire*, Paris, 28 fév. 1925, p. 471).
- KELSCH, la Tuberculose dans l'armée, Doin, Paris, 1903.
- De la Tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie (*Rev. d'Hyg. et de Police sanitaire*, août-septembre 1905).
- KENWOOD (H.-R.), the hygienic Lessons of the war (*Lancet London*, 1916, p. 1083).
- KINDBERG et DELHERM, le Triage des tuberculeux aux armées (*Presse Méd.*, 15 nov. 1917).
- le Fonctionnement d'un centre de triage aux armées (*Presse Méd.*, 26 mars 1917).
- LABBÉ (H.), l'Assistance et l'éducation des tuberculeux de la guerre dans les stations sanitaires (*Paris Méd.*, 15 janv. 1916).
- LANDOUZY (L.), la Guerre et la réforme du soldat tuberculeux (*Rev. d'Hygiène*, 1915).
- la Guerre et la tuberculose (*Paris Méd.*, 1915, p. 59).
- la Guerre et l'assistance aux blessés de la tuberculose (*Rev. scientifique*, Paris, 1917, p. 97).
- LAPORTE (J.), la Lutte contre la tuberculose en Allemagne (*Archives de Méd. et de Ph. mil.*, t. LXXIX, juillet 1923, p. 153).
- LEMOINE, la Tuberculose dans l'armée et la marine, Paris, Doin.
- LEMIERRE et LANTÉJOUL, Traumatismes et tuberculose pulmonaire (*Bull. Méd.*, 29 juin 1918).
- LEREBoullet, la Tuberculose et la guerre (*Paris Méd.*, 7 avril 1917).

LEREBoullet, les Questions actuelles de tuberculose (*Paris Méd.*, 5 janv. 1918).

— Fréquence relative de la tuberculose militaire (*Journ. de Méd. et de Ch. prat.* 1918, p. 20).

— la Tuberculose dans l'armée (*Paris Méd.*, 15 janv. 1916, p. 589).

— Pour les blessés de la tuberculose (*Paris Méd.*, 15 janv. 1916, p. 57).

LETULLE (M.), l'Assistance aux militaires réformés pour tuberculose (*Presse Méd.*, 1916).

LORIMY, la Réforme des tuberculeux (*Presse Méd.*, 1915).

LUQUET (A.), Thèse de Lyon, 1920.

MANTOUX (Ch.), la Lutte contre la tuberculose dans l'armée italienne (*Paris Méd.*, 1918).

MARTIN (A.), Sur un cas de tuberculose à prédominance bronchique chez un ancien gazé de guerre (*Rev. de la Tuberculose*, janv. 1925).

MÉNÉTRIÉ et GOYON, Etude anatomo-pathologique des lésions des voies respiratoires dues à l'action de l'ypérite (*Ann. de Méd.*, 1921, n° 6).

MÉNÉTRIÉ et MARTINEZ. — Phtisie pulmonaire consécutive à l'inhalation de gaz asphyxiants (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, juillet 1918).

MÉRY, l'Œuvre de la Croix-Rouge américaine en France au point de vue social (*Paris Méd.*, 1918, p. 163).

MILLER, Tuberculosis among European nations at war. (*Ann. Rev. Tub. Balt.*, 1919-1920, p. 357).

MINISTÈRE DE LA GUERRE, *Archives de guerre du Sous-Secrétariat d'Etat du Service de Santé*, 1914-1919.

MORICEAU-BEAUCHAMP, les Tuberculoses respiratoires et la guerre (*Progrès Méd.*, 14 juillet 1917).

MOURIQUAND, Rôle de la carence alimentaire dans le développement de la tuberculose (*V^e Congrès National de la Tuberculose*).

NOBÉCOURT et PEYRE (E.), Formes cliniques de la tuberculose chez les soldats du front (*Soc. Méd. des Hôp.*, 2 fév. 1917).

PILOD, Recrutement et tuberculose (*Soc. de Méd. Mil.*, 3 mai 1923).

- PILOD, Organisation de la défense contre la tuberculose en France (*Arch. de Méd. et de Ph. Mil.*, t. LXXXIX, n° 1, juillet 1923, p. 131).
- ROUBIER, Quelques considérations cliniques sur la tuberculose chez les troupes noires (*Paris Médical*, 13 septembre 1919).
- Intoxication par les gaz et tuberculose pulmonaire (*Gazette des Hôpitaux*, 21 fév. 1920).
 - Séquelles broncho-pulmonaires de l'intoxication par les gaz asphyxiants (*Journ. de Méd. de Lyon*, 20 sept. 1921).
- SERGEANT, les Suspects de tuberculose (*Paris Médical*, 1917).
- A propos du triage des tuberculeux aux armées (*Presse Méd.*, 1918).
 - Les séquelles respiratoires des gaz de combat (*Presse Méd.*, 14 janv. 1925).
 - *Traité de Pathologie Médicale*, Maloine, Paris, 1920.
- SERGEANT et DELAMARE, les Enseignements cliniques d'un centre de triage de militaires suspects de tuberculose (*Journ. de Méd. et Chirurg. pratiques*, 25 nov. 1916).
- SERGEANT et MANTOUX, Traumatisme de guerre et tuberculose pulmonaire (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18 mai 1917).
- SERGEANT, RIST et DOPTER, (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 juin 1919).
- SIMONIN, Thèse de Lyon, 1919-1920.
- SFORZA, (*Giornal di Medicina Militare*, août 1920).
- Statistique Médicale de l'Armée* (Ministère de la Guerre).
- SUBERCAZE (A.) et GALUP (J.), le Travail de la terre dans un sanatorium militaire (*Paris Méd.*, 1918, p. 74).
- TAPIE (J.), Broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë consécutive à une inhalation de gaz asphyxiants (*Progrès Méd.*, 20 oct. 1917).
- TOGNET (A.), Thèse de Lyon, 1919-1920.
- VEZEAUX DE LAVERGNE (A.), le Service de Santé militaire et la lutte antituberculeuse pendant la guerre (*Rev. d'Hyg. et de Police sanit.*, t. XLIV, octobre 1922, p. 875).
- ZADEK, (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1919, n° 42).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — L'étendue du mal	11
CHAPITRE II. — Les causes	14
CHAPITRE III. — Les remèdes	26
I. La lutte antituberculeuse	26
A. Centres de triage	30
B. Hôpitaux Sanitaires	35
C. Stations Sanitaires.	39
D. L'Assistance au tuberculeux	42
E. Les Réformes	46
II. Ce qui reste à faire.	49
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	55

